

個別予防接種返戻理由別付箋

令和 年 月 処理

| 市町村名 | 被接種者名 | 医療機関 | 返戻元 |
|------|-------|------|----------|
| | | コード | 長崎県国保連合会 |
| | | 機関名 | |

(医療機関の方へ) この予診票には○の箇所に不備があります。
 なお、国保連合会へ再請求される場合は、この付箋を添付したまま提出してください。(請求書は接種月ごとに分けてください。)

| 事由 | コード | 返戻発生項目 | 事由 | コード | 返戻発生項目 |
|---|-----|-----------------|------|-----|----------------|
| <input type="checkbox"/> 記入もれ <input type="checkbox"/> 再調査 お願いします | 1 | 予防接種の種類・回数 | 記入もれ | 14 | 接種への同意・不同意 |
| | 2 | 住所 | | 15 | 接種時体温 |
| | 3 | 氏名欄 | | 16 | 接種量 |
| | 4 | 生年月日 | 資格関係 | 17 | 住民該当者なし |
| | 5 | 使用ワクチン名 Lot. No | | 18 | 重複接種 |
| | 6 | 実施場所 | | 19 | 対象年齢 |
| | 7 | 医師名 | | 20 | 費用負担区分(非課税世帯等) |
| | 8 | 接種年月日 | 対象外 | 21 | 接種期間外 |
| | 9 | 医師の記入欄(サイン) | | 22 | 域内 |
| | 10 | 医師の記入欄(捺印) | 返戻依頼 | 23 | 医療機関からの返戻依頼 |
| | 11 | 医師の記入欄(接種可・不可) | その他 | 24 | 医療機関控え |
| | 12 | 保護者サイン | | 25 | |
| | 13 | 被接種者サイン | | | |
| 摘要欄 | | | | | |

※(市町村担当者の方へ) 各事由の返戻発生項目の該当コード番号に○をしてください。
 返戻事由の欄はチェックを入れて下さい。

個別予防接種返戻理由別付箋

令和 年 月 処理

| 市町村名 | 被接種者名 | 医療機関 | 返戻元 |
|------|-------|------|----------|
| | | コード | 長崎県国保連合会 |
| | | 機関名 | |

(医療機関の方へ) この予診票には○の箇所に不備があります。
 なお、国保連合会へ再請求される場合は、この付箋を添付したまま提出してください。(請求書は接種月ごとに分けてください。)

| 事由 | コード | 返戻発生項目 | 事由 | コード | 返戻発生項目 |
|---|-----|-----------------|------|-----|----------------|
| <input type="checkbox"/> 記入もれ <input type="checkbox"/> 再調査 お願いします | 1 | 予防接種の種類・回数 | 記入もれ | 14 | 接種への同意・不同意 |
| | 2 | 住所 | | 15 | 接種時体温 |
| | 3 | 氏名欄 | | 16 | 接種量 |
| | 4 | 生年月日 | 資格関係 | 17 | 住民該当者なし |
| | 5 | 使用ワクチン名 Lot. No | | 18 | 重複接種 |
| | 6 | 実施場所 | | 19 | 対象年齢 |
| | 7 | 医師名 | | 20 | 費用負担区分(非課税世帯等) |
| | 8 | 接種年月日 | 対象外 | 21 | 接種期間外 |
| | 9 | 医師の記入欄(サイン) | | 22 | 域内 |
| | 10 | 医師の記入欄(捺印) | 返戻依頼 | 23 | 医療機関からの返戻依頼 |
| | 11 | 医師の記入欄(接種可・不可) | その他 | 24 | 医療機関控え |
| | 12 | 保護者サイン | | 25 | |
| | 13 | 被接種者サイン | | | |
| 摘要欄 | | | | | |

※(市町村担当者の方へ) 各事由の返戻発生項目の該当コード番号に○をしてください。
 返戻事由の欄はチェックを入れて下さい。